



Hugo Emanuel Costa Santos

# O Papel Preditivo da Incapacidade Física e da Desregulação Emocional nos Sintomas Depressivos na Idade Avançada: Estudo numa Amostra de Idosos Institucionalizados



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais**

**M** 2020

COIMBRA, 2020

**O papel preditivo da incapacidade física e da desregulação emocional  
nos sintomas depressivos na idade avançada: Estudo numa amostra de  
idosos institucionalizados**

HUGO EMANUEL COSTA SANTOS

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Presidente: Professora Doutora Fernanda Daniel, Professora Auxiliar, ISMT

Arguente: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, Setembro de 2020

## RESUMO

**Contextos e Objetivos:** Uma vez que existe uma maior prevalência de idosos com sintomatologia depressiva nas instituições, o objetivo principal da presente investigação foi estudar os níveis de sintomatologia depressiva numa amostra da população idosa institucionalizada e verificar em que medida a incapacidade física e a desregulação emocional predizem esses sintomas.

**Métodos:** A amostra foi constituída por 326 pessoas idosas, divididas num grupo da comunidade ( $n = 209$ ) e num grupo de pessoas idosas institucionalizadas ( $n = 117$ ), com idades entre os 60 e os 91 anos ( $M \pm DP = 81.80 \pm 7.80$ ), sendo 81% mulheres. A avaliação incluiu a *Geriatric Depression Scale* (GDS), o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS-2) e a *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 16 itens* (DERS-16).

**Resultados:** As mulheres apresentaram maior pontuação no GDS que os homens ( $p < 0,05$ ). Nos idosos institucionalizados, o GDS correlacionou-se de forma positiva com o WHODAS-2 ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ) e com a DERS-16 ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,001$ ). Os sintomas depressivos nos idosos institucionalizados tiveram como preditores o sexo ( $\beta = 0,18$ ;  $p < 0,05$ ), o conjunto do consumo de fármacos agonistas adrenérgicos-beta ( $\beta = -0,21$ ;  $p < 0,05$ ) a disfuncionalidade ( $\beta = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ) e a desregulação emocional ( $\beta = 0,35$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusões:** Este estudo permitiu verificar que a disfuncionalidade e a desregulação emocional predizem a sintomatologia depressiva e destacar a importância de trabalhar na sua prevenção e reconhecimento.

**Palavras-Chave:** Idosos institucionalizados, depressão, incapacidade física, desregulação emocional

## ABSTRACT

**Background and Objective:** Since there is a higher prevalence of older people with depressive symptoms in institutions, this research's main objective was to study the levels of depressive symptoms in a sample of the institutionalized elderly population and verify to what extent physical disability and emotional deregulation predict these symptoms.

**Methods:** The sample consisted of 326 older adults, divided into a community group ( $n = 209$ ) and an institutionalized group of older people ( $n = 117$ ), aged between 60 and 91 years ( $M \pm SD = 81.80 \pm 7.80$ ), 81% of whom were women. The evaluation included the *Geriatric Depression Scale* (GDS), *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS-2), and *Difficulties in Emotion Regulation Scale - 16 items* (DERS-16).

**Results:** Women scored higher at GDS than men ( $p < 0.05$ ). In institutionalized elderly, the GDS correlated positively with WHODAS-2 ( $r = 0.29$ ;  $p < 0.01$ ) and with DERS-16 ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.001$ ). The depressive symptoms in institutionalized elderly had as predictors sex ( $\beta = 0.18$ ;  $p < 0.05$ ), the set of adrenergic-beta agonistic drugs consumption ( $\beta = -0.21$ ;  $p < 0.05$ ), dysfunctionality ( $\beta = 0.26$ ;  $p < 0.01$ ) and emotional deregulation ( $\beta = 0.35$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** This study allowed to verify that dysfunctionality and emotional deregulation predict depressive symptoms and highlight the importance of working on their prevention and recognition.

**Keywords:** Institutionalized elderly, depression, physical disability, emotional dysregulation

## Introdução

O envelhecimento, última fase da vida humana, não tendo um início definido, é apresentado como um período de alterações não só físicas, mas também cognitivas (Neves et al., 2018; Panday & Kumar, 2017; Smith & Rush, 2006). Existem diversos fatores que influenciam o processo de envelhecimento, nomeadamente fatores sociais e económicos, para além dos fatores mais evidentes, como os fatores biológicos e genéticos (Dhara, 2013; Neves et al., 2018; Schneider & Irigaray, 2008).

Portugal é cada vez mais um país envelhecido e, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, prevê-se um aumento do envelhecimento demográfico nos próximos anos passando de 2,1 para 2,8 milhões de idosos (INE, 2017).

Com o avançar da idade, muitas pessoas idosas sofrem alterações ao nível físico, existindo nesta fase da vida um maior deterioramento das capacidades dos idosos (Barakat et al., 2019; Panday & Kumar, 2017). Estas mudanças englobam a perda de acuidade visual e auditiva, aumento dos problemas cardíacos, perda de força muscular, problemas de postura, diabetes, enrugamento da pele (Dhara, 2013; Singh, 2018).

De acordo com Barakat et al. (2019), muitos são os acontecimentos com que uma parte da população idosa enfrenta; nomeadamente mobilidade reduzida, possíveis problemas de saúde, a perda do companheiro ou de amigos, a dor crónica, rejeição e a diminuição de proventos económicos (Barakat et al., 2019; Shahboulaghi et al., 2017). Em consequência destes acontecimentos (Barakat et al., 2019) reportam nesta população solidão, isolamento, dependência, depressão e a ansiedade.

De acordo com Barua e Kar (2010), à medida que se envelhece, a patologia com maior prevalência é a depressão. A depressão é uma perturbação de humor que provoca um aumento do sofrimento emocional e uma consequente menor qualidade de vida (American Psychiatric Association, 2013; Minghelli et al., 2013; Stella et al., 2002). A perturbação depressiva está relacionada com o isolamento social, com o não cumprimento de tarefas antes habituais, com a negligência no autocuidado, com a incapacidade física, com a morbilidade, com uma maior procura dos serviços de saúde, com uma menor adesão à terapia e com uma maior ideação suicida e de mortalidade (Katona et al., 1997; Paradela et al., 2005; Pocinho et al., 2009; Vaz & Gaspar, 2011).

Pessoas com sintomatologia depressiva podem sentir-se confusas, com aumento da tristeza, sentimentos de desvalorização e de abandono, pessimismo, infelicidade e dor contínua, menor autoestima, e desânimo (Faísca et al., 2019; Sarin et al., 2016; Stella et al., 2002). Existem diversos fatores que podem levar ao surgimento da depressão na população idosa, incluindo fatores sociais, como as dificuldades económicas e a solidão; fatores psicológicos, como autoavaliação fraca e processos de luto; fatores de saúde, como a deficiência, doenças crónicas ou insónias, e, por último, os fatores demográficos como ser do sexo feminino, o estado civil e a escolaridade (Faísca et al., 2019; Fiske et al., 2009; Heikkinen & Kauppinen, 2004; Santiago & Mattos, 2014).

Segundo os estudos de Sousa et al. (2017) a prevalência de pessoas idosas portuguesas com depressão é de 11,8%. De acordo com os estudos de Ferreira (2018) e Silva et al. (2012), existe uma maior prevalência de pessoas idosas com depressão nas instituições do que idosos na comunidade. A falta de apoio familiar, a perda da independência, a dificuldade de adaptação a uma nova rotina, a dificuldade de interação, a falta de privacidade e as perdas são os principais fatores que fazem despontar a sintomatologia depressiva (Guimarães et al., 2019; Kabátová et al., 2014).

Com a presença dos fatores desencadeadores, a população idosa institucionalizada tende a apresentar sentimentos de tristeza, de culpa, de pessimismo e de fracasso acompanhando a nível físico com perturbações do sono, problemas de anorexia e cansaço (Runcan, 2012).

Para as limitações de atividade, restrições de participação e deficiências dá-se o nome de *incapacidade*, que se relaciona com os aspetos negativos relativos à interação entre o indivíduo com uma condição de saúde e com fatores contextuais, sejam eles ambientais ou pessoais (WHO, 2001). Segundo a *World Health Organization* (2013) para que exista funcionalidade tem de haver uma relação ativa entre os fatores pessoais, os fatores ambientais e as condições de saúde (Veiga et al., 2016).

A doença mental, a doença cerebrovascular, a doença hepática crónica, o confinamento em casa, dores fortes e a demência são fatores que se relacionam com a incapacidade (Almazán-Isla et al., 2014). De acordo com os estudos de Ferrer et al. (2019) e de Moreira et al. (2015), com o avançar da idade existe um aumento da incapacidade. De acordo com o estudo de Almazán-Isla et al. (2014), a incapacidade grave ou extrema vai aumentando à medida que se

envelhece, havendo uma maior prevalência em mulheres. Este grupo acaba por ser afetado em simples tarefas como atividades de lazer, locomoção, atividades sociais e ainda nos autocuidados pessoais (Almazán-Isla et al., 2014).

Deste modo, percebe-se que a incapacidade e a dor estão relacionadas com o surgimento da depressão (Harris et al., 2006; Vicente et al., 2014).

Para além disto, também a utilização excessiva de medicamentos pode constituir como um fator para o surgimento da sintomatologia depressiva. Nos países ocidentais a população idosa consome em média por dia cerca de seis a oito medicamentos (Ferreira, 2010; Katzung, 2007). Em relação a Portugal, estudos reportam que o número de medicamentos diários consumidos na comunidade pela população idosa foi em média cerca de 7,23 medicamentos (Fernandes, 2017; Nunes de Melo et al., 2006). Na população idosa que se encontra institucionalizada existe, segundo Rosa (2011) um consumo superior, com tomas de 8,1 medicamentos por pessoa. A utilização, de diversos fármacos pela população idosa pode trazer efeitos secundários no sistema nervoso central, tais como a agitação, depressão, ansiedade ou crises (Fernandes, 2017).

Deste modo, em síntese com o que foi revisto, o surgimento de depressão na idade avançada encontra-se associado a problemas de saúde, dor, e incapacidade (Harris et al., 2006). Para além disso, também é possível reconhecer que a população idosa que não consiga efetuar as suas atividades básicas e precise de ajuda se encontra mais vulnerável ao stress e à depressão (Cunha et al., 2012; Menezes-Silva et al., 2016). Assim, através de uma deteção a fatores de risco, pode trabalhar-se para a prevenção desta complexa patologia (Ferrer et al., 2019).

## **Objetivos**

O objetivo principal da presente investigação é estudar os níveis de sintomatologia depressiva numa amostra da população idosa institucionalizada e verificar em que medida a incapacidade física e a desregulação emocional predizem esses sintomas. Os objetivos específicos incluíram estudar os correlatos da depressão, incluindo as variáveis sociodemográficas e clínicas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, medicação), a incapacidade física e a desregulação emocional. No estudo dos preditores da sintomatologia depressiva, testar-se-á o papel preditivo da incapacidade física e a desregulação emocional após controlar o potencial efeito de outros correlatos.

## **Materiais e Métodos**

### **Âmbito geral do estudo**

O presente estudo integra-se no Projeto de Investigação “Trajetórias do Envelhecimento”, (PTDC/PSI-PCL/117379/2010). Neste projeto, avaliou-se a saúde cognitiva, mental e física de pessoas idosas institucionalizados da região centro de Portugal. O Comité de Ética do Instituto Miguel Torga de Ensino Superior aprovou o projeto (DI & DISMT / 2-2013) sendo coordenado pela Professora Doutora Helena Espírito Santo.

### **Participantes**

Na definição dos participantes, foi importante ter em consideração dois tipos de critérios. O primeiro, relativo ao critério de inclusão, os participantes teriam de ser pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos de idade, podendo ser institucionalizadas ou da comunidade, com consentimento e conhecimento do presente estudo. O segundo critério, relativo ao critério de exclusão, seriam excluídos indivíduos portadores de doença mental ou cognitiva e sujeitos com alterações graves na capacidade motora. A amostra foi constituída por 326 participantes que foram divididos em dois grupos, um grupo da comunidade com um total de 209 indivíduos idosos, e um grupo de pessoas idosas institucionalizadas, 117 sujeitos. Apesar do número total de pessoas idosas institucionalizadas selecionados perfazer 475, 73 pessoas idosas não foram avaliados devido ao facto de estarem acamados, o que corresponde a uma percentagem de 15,4%. existiu um número de idosos que não foram avaliados. Por outro lado, um total de 282 idosos adicionais não foram avaliados, devido ao facto de ter ocorrido a pandemia COVID-19 e também devido a constrangimentos logísticos.

Realizamos uma pré-análise do poder estatístico com o software G \* Power (Faul et al., 2007) que mostrou que o tamanho da amostra foi adequado para detectar efeitos médios ( $w = 0,3$ ;  $d = 0,5$ ;  $f = 0,25$ ;  $r = 0,5$ ) para obter um poder  $> .80$ , com  $\alpha = .05$  para os respectivos testes estatísticos (qui-quadrado, teste  $t$ , ANOVA, correlações e análises de regressão).

### **Procedimentos**

Primeiramente, foi necessária a solicitação para a realização do presente estudo às identidades institucionais onde os participantes estariam institucionalizados. Na fase da realização dos testes, inicialmente o participante teria de ter conhecimento relativamente à realização do estudo, sendo necessário proceder à leitura do consentimento informado e, de seguida, rubricar



o documento fornecido pelo avaliador. Seguidamente, também foi necessário o levantamento dos dados sociodemográficos do participante, como a idade, estado civil, escolaridade, entre outros. De seguida, iniciou-se a aplicação de oito instrumentos de avaliação psicológica e sete instrumentos neuropsicológicos, sendo esta fase relativa à recolha dos dados.

Durante esta fase, e à medida que os instrumentos eram aplicados, não foram feitas as pausas inicialmente planeadas, porém, em vez disso, e de forma a evitar possíveis recusas, a realização dos testes foi feita mantendo um discurso tranquilizante e motivador, visto que os participantes poderiam ficar desconfortáveis ou desmotivados perante a situação de avaliação, por terem baixa escolaridade ou por considerarem não ser capazes de ter um desempenho positivo. Passado um mês da aplicação dos instrumentos, foi necessária a realização de teste-retestes a uma parte dos indivíduos (55) para a análise de confiabilidade de algumas medidas.

Os participantes deste estudo foram recrutados por amostragem de conveniência geográfica. A maioria dos participantes residia na região centro (95,1%; 84,4% do distrito de Coimbra) residindo os restantes nas regiões Norte (0,3%) e Lisboa (4,6%). Existiram 7 recusas em estrutura residencial para idosos, relativo a 1,5%, 11 em centro de dia (2,3%) e 5 na comunidade (6,7%).

## **Instrumentos**

### ***Questionário de dados sociodemográficos e clínicos***

Tendo em conta os critérios de inclusão e de exclusão definidos para o estudo, efetuou-se a recolha dos dados dos participantes através de um questionário para recolher a informação sociodemográfica da amostra. O questionário serviu assim para reunir informação relativa ao sexo, idade (recodificado em 60-69, 70-79, 80-89 e  $\geq 90$ ), escolaridade, estado civil, naturalidade, nacionalidade, profissão [recodificado no Manual (por exemplo, agricultores, trabalhadores agrícolas e pescadores qualificados) e intelectuais (por exemplo, equipa administrativa e semelhantes)], entre outros, dos participantes. Para além disso, ainda foi necessário recolher informação relativa a possíveis acompanhamentos psicológicos/neurológicos atuais ou passados, e também relativo à medicação que possivelmente poderiam tomar.

### ***Geriatric Depression Scale-8***

A *Geriatric Depression Scale-8* (GDS-8; versão original de Yesavage et al., 1983; tradução para a população portuguesa de Barreto et al., 2007; validação de (Figueiredo-Duarte et al.,

2019) é um instrumento que tem como alvo a população geriátrica e serve para averiguar a existência de sintomatologia depressiva num indivíduo e a sua severidade. De um total de trinta questões, no presente estudo foi usada a versão reduzida de oito itens (Figueiredo-Duarte et al., 2019). Relativamente às respostas, neste instrumento existe um formato de resposta dicotómico, onde os participantes podem responder apenas com “sim” ou “não” (Figueiredo-Duarte et al., 2019). Em relação à pontuação, esta é diretamente proporcional com a sintomatologia depressiva, variando entre zero e oito pontos, com um ponto de corte de seis pontos (inclusive) (Figueiredo-Duarte et al., 2019). No que diz respeito aos valores de confiabilidade, o valor de alfa de Cronbach foi de 0,94 (Yesavage et al., 1983) na versão original, enquanto que na versão validada em Portugal, o valor foi de 0,87 (Figueiredo-Duarte et al., 2019). Neste estudo, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,88.

### ***World Health Organization Disability Assessment Schedule–2***

O *World Health Organization Disability Assessment Schedule–2* (WHODAS–2; versão original: World Health Organization, 2010; tradução e validação portuguesa de Moreira et al., 2015) caracteriza-se por ser um instrumento que serve para averiguar as dificuldades que os indivíduos possam ter no seu dia-a-dia, aquando a realização de tarefas comuns ao ser humano (incapacidade/disfuncionalidade/desabilidade física). Este instrumento refere-se aos últimos 30 dias do participante, sendo constituído por 12 questões relativas a seis componentes: mobilidade, autocuidado, atividades diárias, cognição, participação e relações interpessoais, que permitem recolher informações sobre o funcionamento do indivíduo. As respostas às questões são dadas numa escala que varia entre um e cinco. De acordo com valores de confiabilidade, a validação portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de 0,86 (Moreira et al., 2015). O valor do alfa de Cronbach no presente estudo foi de 0,93.

### ***Difficulties in Emotion Regulation Scale-16***

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale-16* (DERS-16; versão reduzida: Bjureberg et al., 2015; versão original: Gratz & Roemer, 2004 e versão portuguesa Espirito Santo, 2019) é um instrumento que é utilizado tendo em conta as dificuldades de regulação da emoção e que avalia cinco subescalas: a *Clareza* (falta de clareza emocional) nos Itens 1 e 2; os *Objetivos* (dificuldades em envolver-se em comportamentos dirigidos para objetivos) nos Itens 3, 7 e 15; o *Impulso* (dificuldades no controlo dos impulsos) nos Itens 4, 8 e 11; as *Estratégias* (acesso limitado a estratégias de regulação eficazes) nos Itens 5, 6, 12, 14 e 16; e por último a *Não-*

aceitação (não aceitação das respostas emocionais) nos Itens 9, 10 e 13. O instrumento é constituído por dezasseis itens, com uma escala de Likert que varia entre 1, que significa “quase nunca”, e 5, que significa “quase sempre” (Bjureberg et al., 2015). Relativamente aos valores de confiabilidade, houve um valor de alfa de Cronbach de 0,93 na versão original (Gratz & Roemer, 2004) e um valor de 0,96 neste estudo. O valor do alfa de Cronbach no teste-reteste foi 0,83.

### ***Mini-Mental State Examination***

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE; versão original: Folstein et al., 1975; adaptação e validação para a população portuguesa por Guerreiro et al., 1994) é um instrumento com uma pontuação máxima de 30 pontos no qual cada pergunta corresponde a um ponto (Santana et al., 2016). O MMSE é constituído por diversos domínios: orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidades visuoespaciais (Santana et al., 2016). Pessoas analfabetas com pontuação menor ou igual a 15 pontos, pessoas do primeiro ao 11º ano de escolaridade com pontuação menor ou igual a 22 pontos e sujeitos com mais do que o 11º ano com uma pontuação inferior a 27 pontos apresentam défice cognitivo (Santana et al., 2016). O MMSE foi utilizado na caracterização clínica dos participantes, tendo apresentado um alfa de Cronbach de 0,86.

### **Análise estatística**

Para a análise estatística e tratamento de dados obtidos utilizou-se o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 26.0 para *Windows*, SPSS, 2012). Inicialmente calculou-se o alfa de Cronbach para se avaliar a consistência interna do GDS, WHODAS-2 e DERS. De acordo com a Pallant (2016) valores de alfa acima de 0,7 são considerados aceitáveis, contudo se os valores forem superiores a 0,8 são mais adequados.

No entanto, valores de 0,90 ou superiores não são recomendados, pois podem indicar duplicação desnecessária do conteúdo nos diversos itens e refletir redundância em vez de homogeneidade (Streiner, 2003).

Depois fez-se a caracterização da amostra global e dos dois grupos (comunidade e institucionalizados) através da média e desvio padrão e o qui quadrado da independência  $\chi^2$ . De seguida efetuou-se a caracterização clínica dos grupos de idosos da comunidade e de institucionalizados com base nas variáveis clínicas através do Qui-quadrado da independência  $\chi^2$  e o teste *t* de *Student*. Calculou-se ainda o tamanho do efeito *F* do  $\chi^2$ , e o tamanho do efeito *g* de *Hedges* para o teste *t* de *Student*.

A seguir calcularam-se os valores da média, do desvio padrão, da mediana e dos máximos e mínimos dos instrumentos GDS, WHODAS-2, DERS-16 e das subescalas. Foram ainda apresentadas as diferenças entre grupos através do teste *t* de *Student* e o tamanho do efeito *g* de *Hedges*.

Posteriormente fez-se a comparação do GDS entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, utilizando-se a análise do teste *t* de *Student* para as amostras independentes e a análise de variância (ANOVA).

Seguidamente procedeu-se à correlação e comparação do GDS entre os grupos definidos pelas variáveis clínicas utilizando-se a análise de variância (ANOVA) e o correspondente *eta* quadrado. De acordo com Cohen (1988), uma correlação com o valor entre 0,10 e 0,29 é considerado uma correlação pequena, uma correlação com valor entre 0,30 e 0,49 é considerado uma correlação média e uma correlação com valor entre 0,50 e 1,00 é considerado uma correlação alta.

Depois efetuaram-se as correlações de Pearson entre o GDS, WHODAS-2 e DERS-16 e calculou-se o coeficiente de determinação ( $R^2 = r^2 \times 100$ ).

Por fim realizou-se uma regressão linear usando como variável dependente o GDS e como preditoras o sexo, as benzodiazepinas, os agonistas adrenérgicos beta, o WHODAS-2 e a DERS.

## **Resultados**

### **Análises Preliminares**

#### ***Consistência Interna***

Calculou-se o alfa de Cronbach (Tabela 1) para se avaliar a consistência interna do GDS, WHODAS-2 e DERS-16 nos dois grupos. Verificou-se que os alfas de Cronbach do GDS nos dois grupos foram muito bons e o mesmo aconteceu com algumas das subescalas da DERS-16 (objetivos, impulsos e não aceitação). Enquanto que a subescala da DERS-16 *Clareza* apresentou um alfa muito bom no grupo da comunidade, a subescala *Estratégias* demonstrou um alfa muito bom no grupo de institucionalizados. Por outro lado, o WHODAS, o DERS-16 e a subescala *Estratégias* do grupo da comunidade e o WHODAS, o DERS-16 e a subescala *Clareza* do grupo de institucionalizados apresentam um alfa superior a 0,90, o que não é recomendável, pois reflete redundância em vez de homogeneidade.

**Tabela 1**

*Análise de Confiabilidade das Escalas GDS, WHODAS-2 e DERS-16 e suas subescalas (N = 326)*

Grupo	Instrumentos	Subescalas	Alfa Cronbach
<b>Comunidade (n = 209)</b>	GDS	Total	0,88
	WHODAS	Total	0,91
	DERS	Clareza	0,82
		Objetivos	0,83
		Impulsos	0,88
		Estratégias	0,91
		Não-aceitação	0,85
		Total	0,96
<b>Institucionalizados (n = 117)</b>	GDS	Total	0,87
	WHODAS	Total	0,95
	DERS	Clareza	0,95
		Objetivos	0,87
		Impulso	0,89
		Estratégias	0,89
		Não-aceitação	0,89
		Total	0,97

*Nota.* GDS = *Geriatric Depression Scale* (Escala de Depressão Geriátrica); WHODAS-2 = *World Health Organization Disability Assessment Schedule*; DERS-16 = *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional).

### **Caracterização Sociodemográfica**

Relativamente à Tabela 2, verificou-se que os sujeitos de sexo feminino foram os mais representados quer na amostra global, quer nos dois grupos, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). O grupo da comunidade contou com 209 participantes e teve uma proporção de homens e mulheres semelhante à da população idosa da região centro ( $\chi^2_1 = 0,670$ ;  $p = 0,413$ ) (Instituto Nacional de Estatística, 2019). O grupo de institucionalizados contou com 117 participantes e apresentou uma proporção relativamente ao sexo não equivalente à encontrada na região centro ( $\chi^2_1 = 7,14$ ;  $p < 0,01$ ) (Instituto Nacional de Estatística, 2019; PORDATA, 2020).

A idade da maioria dos participantes situou-se entre os 70 e os 79 anos (34,0%). Na amostra da comunidade a idade da maioria dos sujeitos tinha entre os 60 e os 69 anos apresentando uma proporção de indivíduos por faixa etária não equivalente à encontrada na região centro ( $\chi^2_3 =$

17,25;  $p = 0,001$ ); enquanto que no grupo de institucionalizados a idade mais representada foi entre os 80 e os 96 anos (70,0%), mas a proporção de idosos por faixa etária não foi equivalente à da região centro ( $\chi^2_3 = 152,79$ ;  $p < 0,001$ ) (Instituto Nacional de Estatística, 2019; PORDATA, 2020). Desta forma, foi possível verificar que existiram diferenças altamente significativas na idade e entre os grupos ( $p < 0,001$ ), sendo as pessoas institucionalizadas as que apresentavam uma maior idade. De acordo com as habilitações literárias, verificou-se que a maior parte dos participantes já tinha concluído o primeiro Ciclo, verificando-se existirem diferenças altamente significativas nas habilitações literárias entre os grupos ( $p < 0,001$ ). Na comunidade, a proporção de idosos pelo nível das habilitações literárias não foram semelhantes às encontradas na região centro ( $\chi^2_5 = 42,72$ ;  $p < 0,001$ ) (POORDATA, 2020). No grupo de institucionalizados houve uma proporção de idosos com nível de habilitações literárias também não semelhante à da região centro ( $\chi^2_5 = 19,53$ ;  $p < 0,01$ ) (Instituto Nacional de Estatística, 2019; PORDATA, 2020).

Em relação à categoria profissional, a maioria dos sujeitos tinha tido como ocupação um trabalho do tipo manual, ainda que não houvesse diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre os grupos. No que diz respeito ao estado civil, no grupo institucionalizado a maior parte dos participantes era casada ou encontrava-se em união de facto (51,5%). No grupo da comunidade, aconteceu o mesmo (64,1%); porém na amostra de institucionalizados a maior parte dos participantes era viúva (59,0%), havendo diferenças altamente significativas ( $p < 0,001$ ). Por último, relativamente ao espaço geográfico, a maioria dos participantes era do meio rural (63,8%), verificando-se diferenças muito significativas ( $p < 0,01$ ).

A acrescentar que os idosos do contexto institucional se distribuem por centro de dia ( $n = 39$ ; 33,3 %), lar ( $n = 58$ ; 49,6%) e apoio domiciliário ( $n = 20$ ; 17,1%). O teste de qui-quadrado da aderência demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas na proporção de idosos por tipo de resposta social na nossa amostra quando comparada com a proporção de idosos distribuídos por estas mesmas respostas sociais no distrito de Coimbra (centro de dia:  $n = 3166$ ; 23,1%; lar:  $n = 5542$ ; 40,4%; apoio domiciliário:  $n = 5006$ ; 36,5%;  $\chi^2_2 = 19,81$ ;  $p < 0,001$ ) de acordo com a Carta Social (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

Por fim de destacar que nas variáveis categoria profissional, estado civil e espaço geográfico não foi possível verificar as suas proporções uma vez que não se encontraram dados nem no INE, nem na PORDATA (Instituto Nacional de Estatística, 2019; PORDATA, 2020).

**Tabela 2***Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 326)*

		Amostra Global		Comunidade (n = 209)		Institucionalizados (n = 117)		$\chi^2$
		n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>	Masculino	120	36,8	84	40,2	36	30,8	2,86 <sup>ns</sup>
	Feminino	206	63,2	125	59,8	81	69,2	
<b>Idade (Faixas etárias)</b> Anos: AG: $M = 75,12 \pm 8,79$ C: $M = 71,38 \pm 6,92$ I: $M = 81,79 \pm 7,80$ $t = 12,51$ ; $p < 0,001$	60-69	105	32,2	95	45,5	10	8,5	115,33***
	70-79	111	34,0	86	41,1	25	21,4	
	80-89	87	26,7	26	12,4	61	52,1	
	> 90	23	7,1	2	1,0	21	17,9	
<b>Habilitações Literárias (nível)</b> Anos: AG: $M = 3,42 \pm 1,32$ C: $M = 5,86$ ; $\pm 4,04$ I: $M = 3,65 \pm 3,06$ $t = 5,76$ ; $p < 0,001$	Sem escolaridade	21	6,4	5	2,4	16	13,7	34,73***, a
	Sabe ler e escrever <sup>1</sup>	8	2,5	2	1,0	6	5,1	
	1º ciclo	222	68,1	140	67,0	82	70,1	
	2º ciclo	13	4,0	8	3,8	5	4,3	
	3º ciclo	28	8,6	24	11,5	4	3,4	
	Ensino Secundário	20	6,1	18	8,6	2	1,7	
	Licenciatura	13	4,0	11	5,3	2	1,7	
	Mestrado	1	0,3	1	0,5	0	0,0	
<b>Categoria Profissional</b> (N = 312 <sup>b</sup> )	Manual	205	62,9	122	58,4	83	70,9	3,38 <sup>ns</sup>
	Intelectual	107	32,8	75	35,9	32	27,4	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	18	5,5	10	4,8	8	6,8	48,35***
	Separado(a)/ Divorciado	22	6,7	16	7,7	6	5,1	
	Viúvo (a)	116	35,6	47	22,5	69	59,0	
	Namoro (anos)	2	0,6	2	1,0	0	0,0	
	Casado/ União de facto	168	51,5	134	64,1	34	29,1	
<b>Espaço Geográfico</b>	Urbano	81	24,8	64	30,6	17	14,5	11,01**
	Misto	37	11,3	24	11,5	13	11,1	
	Rural	208	63,8	121	57,9	87	74,4	

Nota. AG = Amostra Global; C = Comunidade; I = Institucionalizados;  $\chi^2$  = Qui-quadrado da independência.

<sup>1</sup>Sem escolaridade.

<sup>a</sup>Associação linear-por-linear;

<sup>b</sup>Alguns sujeitos indicaram que estavam reformados e o avaliador não questionou a profissão prévia.

\*\*\*  $p < 0,001$ . \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; NS = não significativo.

### *A Caracterização Clínica de um Grupo de Idosos da Comunidade e um grupo de Idosos Institucionalizados*

Na Tabela 3 é mostrado que existiu um maior consumo de antidepressivos ( $M = 0,39$ ;  $DP = 0,67$ ;  $p < 0,05$ ), antipsicóticos ( $M = 0,14$ ;  $DP = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ) e de benzodiazepinas ( $M = 0,38$ ;  $DP = 0,58$ ) no grupo de idosos que se encontram institucionalizados quando comparado com os idosos da comunidade. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) com tamanhos de efeito pequenos.

No grupo de institucionalizados, os dopamiméticos ( $M = 0,08$ ;  $DP = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ) pertencentes aos outros fármacos gerais, quando comparados com os idosos da comunidade apresentaram uma maior média, com diferenças estatisticamente significativas e tamanho de efeito pequeno. Em relação aos fármacos de outros aparelhos orgânicos, os diuréticos ( $M = 0,32$ ;  $DP = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ) apresentaram uma média mais alta no grupo dos idosos institucionalizados comparativamente com os idosos da comunidade de forma estatisticamente significativa e com um tamanho do efeito médio. Por fim, a média do número total de fármacos com impacto cognitivo ( $M = 4,03$ ;  $DP = 3,76$ ;  $p < 0,001$ ) e dos outros fármacos gerais ( $M = 1,66$ ;  $DP = 2,13$ ;  $p < 0,001$ ) foram mais elevadas no grupo dos idosos institucionalizados, verificando-se diferenças estatisticamente significativas e tamanho do efeito médio.

Para além disto, foi possível verificar que houve mais idosos institucionalizados com défice cognitivo quando comparado com o grupo da comunidade. Deste modo verificou-se que houve uma associação entre os dois grupos e a presença de défice cognitivo ( $\chi^2 = 40,54$ ;  $p < 0,001$ ;  $\phi = 0,35$ ).



**Tabela 3**

*Caracterização Clínica de um Grupo de Idosos da Comunidade (IC) e um Grupo de Idosos Institucionalizados (II)*

Variáveis Clínicas		Global (N = 326)		IC (n = 209)		II (n = 117)		$\chi^2$	$\phi$
		n	%	n	%	n	%		
<b>Grupos de diagnóstico</b>	Razoavelmente saudável/DSIC	193	59,20	132	63,2	61	52,10	3,88 <sup>NS</sup>	0,11
	Doença CIFIC <sup>a</sup>	65	19,90	39	18,70	26	22,20		
	Problema de saúde mental	61	18,70	34	16,30	27	23,10		
<b>Presença de Déficit Cognitivo<sup>b</sup></b>	Sem déficit cognitivo	285	87,4	201	96,2	84	71,8	40,54 <sup>***</sup>	0,35
	Com déficit cognitivo	41	12,6	8	3,8	33	28,2		
		M	DP	M	DP	M	DP	t	g
<b>Psicofármacos</b>	Antidepressivos <sup>c</sup>	0,30	0,59	0,25	0,53	0,39	0,67	2,01*	0,24†
	Antipsicóticos <sup>d</sup>	0,08	0,30	0,05	0,24	0,14	0,37	2,21*	0,31†
	Benzodiazepínicos	0,29	0,53	0,25	0,50	0,38	0,58	2,09*	0,25†
	Outros psicofármacos	0,03	0,16	0,02	0,14	0,03	0,18	0,84 <sup>NS</sup>	0,06 <sup>NS</sup>
<b>Outros fármacos do SNC</b>	Antiepiléticos e anticonvulsivantes	0,06	0,27	0,04	0,19	0,09	0,37	1,79 <sup>NS</sup>	0,19 <sup>INS</sup>
	Dopamiméticos (Antiparkinsonianos)	0,04	0,23	0,02	0,14	0,08	0,33	2,24*	0,26†
	MUTSAFC (Antidemenciais)	0,07	0,30	0,05	0,28	0,10	0,32	1,25 <sup>NS</sup>	0,17 <sup>INS</sup>
<b>Fármacos de outros aparelhos orgânicos</b>	Agonistas adrenérgicos beta <sup>e</sup>	0,04	0,23	0,03	0,20	0,05	0,26	0,68 <sup>NS</sup>	0,09 <sup>INS</sup>
	Antidiabéticos	0,18	0,49	0,18	0,47	0,18	0,51	0,01 <sup>NS</sup>	0,00 <sup>INS</sup>
	Anti-hipertensores	0,33	0,58	0,32	0,56	0,33	0,62	0,19 <sup>NS</sup>	0,02 <sup>INS</sup>
	Bloqueadores beta	0,17	0,40	0,17	0,41	0,16	0,37	0,11 <sup>NS</sup>	0,03 <sup>INS</sup>
	Corticosteroides	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,09 <sup>NS</sup>	0,00 <sup>INS</sup>
	Descongestionantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 <sup>INS</sup>
	Diuréticos	0,19	0,42	0,12	0,36	0,32	0,49	4,07**	0,49††
	Estatinas	0,34	0,51	0,32	0,50	0,37	0,52	0,81 <sup>NS</sup>	0,10 <sup>INS</sup>
	Muscarínicos (Anti-histamínicos)	0,01	0,10	0,01	0,10	0,01	0,10	0,00 <sup>NS</sup>	0,00 <sup>INS</sup>
	Outros fármacos gerais	1,23	1,69	1,00	1,33	1,66	2,13	3,53 <sup>***</sup>	0,40††
<b>Número total de fármacos com impacto cognitivo</b>		3,11	3,04	2,60	2,42	4,03	3,76	4,15 <sup>***</sup>	0,48††
<b>Número total de fármacos</b>		3,37	3,22	2,84	2,52	4,31	4,03	4,05 <sup>**</sup>	0,47††

Nota.  $\chi^2$  = Qui-quadrado da aderência;  $\phi$  = tamanho do efeito do  $\chi^2$ ; t = Teste t de Student; g = tamanho do efeito g de Hedges; DSIC = Doença sem impacto cognitivo; Doença CIC = Doença com impacto no funcionamento cognitivo; SNC = Sistema nervoso central; MUTSAFC = Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas, incluindo medicamentos utilizados no tratamento sintomático da demência de Alzheimer e outros não recomendados pelo INFARMED.

<sup>a</sup> Diabetes, AVC, tumor cerebral, etc.

<sup>b</sup> Categorização baseada nos pontos de corte do Mini-Mental State Examination para a população portuguesa.

<sup>c</sup> Inibidores da monoamina oxidase; Tri e tetracíclicos; Inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina; Inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina e dopamina; Agonista melatoninérgico e Antagonista 5-HT<sub>2</sub>.

<sup>d</sup> Convencionais e atípicos.

<sup>e</sup> Antiasmáticos.

\*\*\*  $p < 0,001$ . \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; <sup>NS</sup> = não significativo.

†††† tamanho do efeito muito grande; ††† tamanho do efeito grande; †† tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno; <sup>INS</sup> = tamanho do efeito insignificante.

### ***Análises Descritivas dos Sintomas Depressivos, Desabilidade Física e Desregulação Emocional***

Os idosos que se encontram institucionalizados apresentaram no GDS em média 3,91 ( $DP = 2,85$ ), no entanto a diferença não foi estatisticamente significativa e o tamanho do efeito foi considerado insignificante quando comparado com a média obtida pelos idosos da comunidade (Tabela 4). Considerando o ponto de corte da GDS, 44,4% ( $n = 52$ ) dos idosos institucionalizados apresentou sintomatologia indicativa de um estado depressivo contra 37,3% ( $n = 78$ ) dos idosos da comunidade. No entanto, não houve associação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 1,59$ ;  $p = 0,208$ ). No que diz respeito ao WHODAS-2, o grupo de institucionalizados apresentou uma maior média que o grupo da comunidade ( $M = 35,51$ ;  $DP = 26,26$ ), sendo a diferença foi estatisticamente significativa entre os grupos ( $p > 0,05$ ) e o tamanho do efeito moderado ( $g$  de Hedges = 0,67). Relativamente ao DERS-16 verificou-se que na amostra de institucionalizados a média foi superior à da comunidade ( $M = 35,92$ ), porém não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ). Das subescalas do DERS, de salientar a média mais alta do grupo de institucionalizados nas subescalas *Estratégias* ( $M = 11,48$ ;  $DP = 5,80$ ) e *Não-aceitação* ( $M = 7,23$ ;  $DP = 4,06$ ), tendo sido a diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) e o tamanho de efeito pequeno quando comparado com o grupo da comunidade.

### ***Comparação de GDS entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas***

De acordo com a Tabela 5, foi possível verificar que o sexo feminino apresentou uma maior pontuação no GDS, deste modo verificou-se que houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), mas com o tamanho do efeito pequeno.

Relativamente à idade verificou-se que os idosos com a faixa etária com mais de 90 anos apresentaram uma pontuação superior no GDS, não havendo, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). No que diz respeito às habilitações literárias os participantes sem escolaridade apresentaram uma maior pontuação no GDS, contudo não houve também diferenças significativas ( $p > 0,05$ ).

Em relação ao estado civil, quem era viúvo apresentou uma pontuação mais elevada no GDS, não se verificando, no entanto, diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) comparativamente com as outras categorias.

No espaço geográfico, os participantes que viviam em ambientes urbanos tinham os valores mais elevados do GDS, porém verificou-se que não existiam diferenças significativas ( $p > 0,05$ ).

Acrescente-se que não houve diferenças quando se compararam as pontuações do GDS pelos grupos definidos pelo tipo de institucionalização ( $F_{(114)} = 0,88$ ;  $p = 0,416$ ).

**Tabela 4**

*Análises Descritivas e das Diferenças dos Instrumentos de Avaliação Psicológica (N = 326)*

Instrumentos e Subescalas	IC (n = 209)				II (n = 117)				U / t	g de Hedges
	M ± DP	Md	Min	Máx	M ± DP	Md	Min	Máx		
<b>GDS</b>	3,47 ± 2,89	3,00	0	8	3,91 ± 2,85	4,00	0	8	1,30 <sup>NS</sup>	0,15 <sup>INS</sup>
<b>WHODAS</b>	20,53 ± 19,55	14,58	0	100	35,51 ± 26,26	33,33	0	100	5,84 <sup>***</sup>	0,68 <sup>††</sup>
Total	32,95 ± 16,29	28,00	16	80	35,92 ± 17,87	33,00	16	80	1,85 <sup>NS</sup>	0,25 <sup>†</sup>
Clareza	4,03 ± 2,29	3,00	2	10	4,52 ± 2,31	4,00	2	10	0,31 <sup>NS</sup>	0,13 <sup>INS</sup>
Objetivos	7,19 ± 3,60	6,00	3	15	7,31 ± 3,58	6,00	3	15	1,39 <sup>NS</sup>	0,03 <sup>INS</sup>
Impulsos	5,98 ± 3,36	5,00	3	15	6,53 ± 3,53	6,00	3	15	2,15 <sup>**</sup>	0,16 <sup>INS</sup>
Estratégias	10,06 ± 5,62	8,00	5	25	11,48 ± 5,80	10,00	5	25	3,71 <sup>**</sup>	0,25 <sup>†</sup>
Não-aceitação	5,68 ± 3,32	4,00	3	15	7,23 ± 4,06	6,00	3	15	2,11 <sup>**</sup>	0,43 <sup>†</sup>

*Nota.* IC= Idosos Institucionalizados; II= Idosos Institucionalizados; WHODAS-2 = *World Health Organization Disability Assessment Schedule*; GDS = *Geriatric Depression Scale*; DERS= *Difficulties in Emotion Regulation Scale*; t = Teste t de Student; g = tamanho do efeito g de Hedges.

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; <sup>NS</sup> Não Significativo.

<sup>INS</sup> Tamanho do efeito Insignificante; † Tamanho do efeito pequeno; †† Tamanho do efeito moderado; ††† Tamanho do efeito grande; †††† Tamanho de efeito muito grande.

**Tabela 5***Comparação de GDS entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 117)*

Variáveis sociodemográficas		GDS	
		M	DP
Sexo	Masculino	3,03	2,81
	Feminino	4,30	2,79
<i>t Student (t; d)</i>		(2,26*; 0,45†)	
Idade	60-69	2,70	2,87
	70-79	3,76	2,82
	80-89	4,07	2,95
	> 90	4,19	2,58
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(0,75 <sup>NS</sup> ; 0,02)	
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	4,31	2,68
	Sabe ler e escrever	2,67	2,66
	1.ºCiclo	4,12	2,86
	2.ºCiclo	2,80	3,56
	3.ºCiclo	3,75	2,87
	Ensino Superior	2,00	2,83
	Licenciatura	0,50	0,71
	Mestrado	0,00	0,00
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(1,08 <sup>NS</sup> ; 0,06)	
Categoria Profissional	Manual	4,12	2,83
	Intelectual	3,19	2,82
<i>t Student (t; d)</i>		(1,59 <sup>NS</sup> ; 0,33†)	
Estado Civil	Solteiro	3,25	3,49
	Separado(a)/Divorciado	2,17	2,99
	Viúvo (a)	4,22	2,71
	Casado/ União de facto	3,74	2,93
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(1,21 <sup>NS</sup> ; 0,03)	
Espaço Geográfico	Urbano	4,00	3,41
	Misto	3,77	2,77
	Rural	3,91	2,77
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(0,02 <sup>NS</sup> ; 0,00)	

Nota. *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student;  $\eta^2$  = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen; GDS = *Geriatric Depression Scale*.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

†††† tamanho do efeito muito grande; ††† tamanho do efeito grande; †† tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno; INS = tamanho do efeito insignificante.

### *Correlações e Comparação da GDS entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas*

De acordo com os resultados obtidos (Tabela 6), verificou-se que o GDS apresentou uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com as benzodiazepinas nos idosos institucionalizados. De acordo com Cohen (1988) a correlação apresentou um valor pequeno ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ;  $R^2 = 4,8\%$ ). Por outro lado, o GDS apresentou uma correlação negativa e pequena ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,01$ ;  $R^2 = 6,3\%$ ) com os agonistas adrenérgicos beta nos idosos institucionalizados.

Em relação às categorias de diagnósticos, no grupo de institucionalizados, verificou-se que existiu uma maior média no grupo de doença mental ( $M = 4,48$ ;  $DP = 3,04$ ). No entanto, através da ANOVA verificou-se que não existiram diferenças significativas entre as médias das categorias de diagnóstico.

#### **Tabela 6**

*Correlações de Spearman e Comparações do GDS com os Grupos Definidos pelas Variáveis Clínicas (N = 117)*

	<b>GDS-Total</b>
<b>Medicamentos</b>	$\rho$
Benzodiazepinas	0,22*
Agonistas Adrenérgicos Beta	-0,25**
<b>Grupos de diagnóstico</b>	$M (DP)$
RS/DSIC	3,56 (2,62)
DCIDC	4,08 (3,21)
Doença mental	4,48 (3,04)
$F (\eta^2)$	1,04 <sup>NS</sup> (0,02)

*Nota.*  $M$  = Média;  $DP$  = Desvio Padrão;  $F$  = ANOVA;  $\eta^2$  = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); GDS = *Geriatric Depression Scale*; RS/DSIC = Razoavelmente saudável/doença sem impacto cognitivo; DCIDC = Doença com impacto no funcionamento cognitivo;  $\rho$  = Correlação de Spearman.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

### ***Correlações de Pearson entre a GDS, o WHODAS-2 e a DERS-16 no Grupo de Institucionalizados***

Na Tabela 7 são apresentadas as correlações entre o GDS, o WHODAS-2 o DERS-16 e as respectivas subescalas. Verificou-se que o GDS se correlaciona de forma positiva com o WHODAS-2 e com as subescalas e o total da DERS-16. Em relação à subescala da *Não aceitação*, o GDS revelou ter uma correlação insignificante e estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Relativamente ao WHODAS-2 e à subescala *Impulso*, o GDS teve uma correlação insignificante e estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) enquanto que na subescala *Clareza*, *Objetivos*, *Estratégias* e no DERS, o GDS obteve uma correlação baixa e com alta significância ( $p < 0,001$ ). O coeficiente de determinação variou entre 4,8% e 10,2% nos quais a subescala da *Não aceitação* correspondeu ao ( $R^2 = 4,8\%$ ) e a DERS-16 e as respectivas subescalas *Clareza*, *Objetivos* e *Estratégias* apresentaram um ( $R^2 = 10,2\%$ ). Após a transformação de acordo com as diretrizes de Templeton (2011), o valor das correlações não se alterou substancialmente, por isso, mantiveram-se as originais.

**Tabela 7**

*Correlações de Pearson entre o GDS, WHODAS-2 e DERS-16 no Grupo de Idosos Institucionalizados (N = 117)*

Instrumentos		GDS	
WHODAS		0,29**	
DERS	Subescalas	Clareza	0,32***
		Objetivos	0,32***
		Impulso	0,29**
		Estratégias	0,32***
		Não aceitação	0,22*
		TOTAL	0,32***

*Nota.* GDS = Geriatric Depression Scale; WHODAS-2 = World Health Organization Disability Assessment Schedule; DERS-16 = Difficulties in Emotion Regulation Scale; A negrito foram destacadas as correlações moderadas e altas.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### ***Preditores dos Sintomas Depressivos***

De maneira a não violação dos pressupostos de uma distribuição normal nas variáveis usou-se o método de Templeton (2011) para normalização dos valores. Na Tabela 8, verifica-se que, no primeiro bloco, o sexo apresentou um  $\beta$  de 0,18 ( $p < 0,05$ ) e os agonistas adrenérgicos-beta apresentaram um  $\beta$  de -0,21 ( $p < 0,05$ ), enquanto que no segundo bloco o WHODAS-2 apresentou um  $\beta$  de 0,26 ( $p < 0,01$ ) e o DERS-16 um  $\beta$  de 0,35 ( $p < 0,001$ ). Os sintomas depressivos nos idosos institucionalizados tiveram como preditores o sexo, o conjunto do consumo de fármacos agonistas adrenérgicos-beta, a disfuncionalidade e a desregulação emocional. O coeficiente de determinação do primeiro bloco revelou um  $R^2 = 12\%$  enquanto que no segundo bloco o valor apresentado foi  $R^2 = 29\%$ . Por fim, de acordo com a análise de variância, verificou-se que ambos os blocos revelaram significância estatística.

**Tabela 8**

*Regressão Linear Usando a Variável Dependente GDS e Como Predictoras o Sexo, as Benzodiazepinas, os Agonistas Adrenérgicos Beta, o WHODAS-2 e a DERS-16 (N = 117)*

Variáveis	GDS						
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	$R^2$	$F(gl); p$
	<i>B</i>	<i>EP</i>	$\beta$				
(Constante)	2,07	0,87		2,38	0,02		
Sexo	1,02	0,49	0,18	2,07	0,04	0,12	5,29 (3); < 0,01
Benzodiazepina	0,74	0,39	0,17	1,89	0,06		
Agonistas Adrenérgicos Beta	-2,12	0,89	-0,21	-2,39	0,02		
(Constante)	-9,33	3,27		-2,85	0,01		
WHODAS-2 TOTAL	0,28	0,09	0,26	3,09	0,003	0,29	9,10 (5); < 0,001
DERS-16 TOTAL	0,05	0,01	0,35	4,38	0,000		

Nota. *B* = Coeficiente não-padronado de regressão; *EP* = Erro Padrão;  $\beta$  = Coeficiente beta padronizado de regressão; *t* = teste *t*; *p* = valor da significância estatística;  $R^2$  = Coeficiente de determinação; *gl* = graus de liberdade. GDS = *Geriatric Depression Scale*.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

## Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo estudar a sintomatologia depressiva numa amostra da população idosa institucionalizada, bem como perceber se a disfuncionalidade e a desregulação emocional eram preditores da sintomatologia depressiva. Esta investigação contou com a participação de 326 idosos, dos quais 219 eram da comunidade e 117 eram institucionalizados, e insere-se no projeto “Trajetórias do Envelhecimento” do Instituto Superior Miguel Torga.

Relativamente ao sexo, é possível verificar pontuações mais altas de sintomas depressivos no sexo feminino do grupo de idosos institucionalizados. Os resultados desta investigação vão ao encontro dos estudos já existentes de Figueiredo-Duarte et al. (2019), de Silva et al. (2012) de Vaz e Gaspar (2011), que comprovam que o sexo feminino está associado ao aumento de sintomatologia depressiva em pessoas idosas institucionalizadas. No entanto, outros estudos também com idosos institucionalizados não encontraram essa associação (Vicente et al., 2014). O facto do estudo longitudinal de Vicente et al. (2014) apresentar uma maior prevalência de participantes com escolaridade, contrariamente ao que aconteceu neste estudo, pode estar relacionado com a não associação do sexo feminino ao aumento de sintomas depressivos. De facto, de acordo com o estudo de Bjelland et al. (2008), é possível verificar uma diminuição da presença de sintomatologia depressiva quando existe uma maior escolaridade. Para além disso, quando comparamos a presença de sintomatologia depressiva no sexo feminino com o sexo masculino, é possível verificar que o sexo feminino é mais propício a apresentar sintomas depressivos. Isso deve-se ao facto do sexo feminino estar mais sujeito a determinados fatores de risco como condições socioeconómicas inferiores, acesso inferior a atividades sociais e um menor apoio emocional (Figueiredo-Duarte et al., 2019; Zunzunegui et al., 1998).

A sintomatologia depressiva não varia de forma estatisticamente significativa no que diz respeito à idade. Os estudos de Bernardino (2013) e de Silva et al. (2012) não vão ao encontro dos resultados deste estudo, pois verificaram que à medida que aumenta a idade maior é a sintomatologia depressiva. O facto de nesta investigação uma das faixas etárias ter o desvio padrão superior à média pode ter contribuído para a ausência de diferenças dos sintomas depressivos entre as faixas etárias. Em contraste, de acordo com o estudo de Figueiredo-Duarte et al. (2019), com o avançar da idade a sintomatologia depressiva vai diminuindo. Esse facto pode acontecer devido à exclusão de idosos em apoio ao domicílio no estudo de Figueiredo-Duarte (2019). Sabendo que as mulheres têm mais sintomatologia depressiva, então o aumento



da sintomatologia depressiva com a idade poderá dever-se ao facto das mulheres terem uma maior esperança de vida que os homens (INE, 2019). Adicionalmente, segundo os estudos de Moreira et al. (2015) realizados na comunidade, com o avançar da idade, existe um aumento da disfuncionalidade na vida humana. Ora, segundo o estudo de Silva et al. (2012), a maioria dos idosos com incapacidade sofre de depressão.

No que diz respeito à escolaridade, não existem diferenças estatisticamente significativa na sintomatologia depressiva entre as categorias de habilitações literárias. O estudo de Figueiredo-Duarte (2019) não vai ao encontro dos resultados apresentados nesta investigação, verificando que existe um aumento da sintomatologia depressiva em idosos sem escolaridade. Contudo, a magnitude da diferença na investigação de Figueiredo-Duarte (2019) foi pequena. Quando existe um maior nível na escolaridade, este é considerado como um fator protetor para a presença de sintomas depressivos, na idade avançada (Bjelland et al., 2008). Contudo, neste estudo verifica-se uma maior representatividade de idosos institucionalizados com o primeiro ciclo, facto este que se junta a existência de mais idosos do sexo feminino. Como referido em acima o sexo feminino está associado ao aumento da sintomatologia depressiva (Figueiredo-Duarte et al., 2019; Silva et al., 2012; Vaz & Gaspar, 2011).

A sintomatologia depressiva não varia de forma estatisticamente significativa no que concerne ao estado civil. Os resultados desta investigação não são corroborados por Faísca et al. (2019), Frade et al. (2015) e Kabátová et al. (2014), que verificaram haver mais sintomas depressivos nos idosos viúvos. A viuvez é vista como um fator de risco para a existência de sintomatologia depressiva devido ao facto de um dos cônjuges se sentir sozinho (Goel et al., 2014). Segundo Barakat et al. (2019), ser viúvo aumenta a solidão dos idosos institucionalizados o que está associado à presença de sintomatologia depressiva (Cacioppo et al., 2006; Chlipala, 2008; Vicente et al., 2014). Por outro lado, ter um companheiro pode ser um fator de proteção perante a sintomatologia depressiva (Serra Taylor & Irizarry-Robles, 2015). Os resultados desta investigação podem sugerir que o facto de haver uma boa representatividade de casados pode ter contribuído como um fator de proteção, assim como, os participantes que não tem companheiro podem não se sentir solitários em contexto institucional.

Quanto à categoria profissional, não existe uma associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e a sintomatologia depressiva. Este resultado não é suportado pelo estudo de Figueiredo-Duarte (2019), em que se verificou que os idosos que tinham profissões do tipo manual apresentaram pontuações mais altas de sintomatologia depressiva comparativamente com os idosos que tinham como ocupação um trabalho do tipo intelectual.

No entanto, a magnitude da diferença no estudo de Figueiredo-Duarte (2019) foi pequena. Segundo os estudos de Amieva et al. (2008) existe uma associação entre a sintomatologia depressiva e o défice cognitivo. No trabalho do tipo intelectual os idosos são menos vulneráveis ao aumento de sintomatologia depressiva, uma vez que as profissões do tipo intelectual protegem as funções cognitivas (Espirito-Santo et al., 2012). Contudo, nesta investigação o facto da maioria dos participantes que tem profissões do tipo intelectual terem como escolaridade o primeiro ciclo poderá estar relacionado com os resultados deste estudo. Como acima referido, quanto menor a escolaridade maior o aumento da sintomatologia depressiva (Figueiredo-Duarte et al., 2019).

Os sintomas depressivos não variam de forma estatisticamente significativa no que refere ao espaço geográfico. Também Figueiredo-Duarte et al. (2019) não encontraram diferenças estatisticamente significativas. O facto de não haver diferenças nos sintomas depressivos consoante a tipologia de residência não se explica à luz dos estudos que indicam que no meio rural existe uma maior união e interação entre as pessoas, do que nas zonas urbanas (Sequeira & Nunes da Silva, 2002; Teixeira, 2010). Por outro lado, segundo o estudo de Teixeira (2010) os idosos que vivem nas zonas urbanas apresentam maior solidão e menor qualidade de vida do que nas zonas rurais. O facto de nesta investigação haver uma maior dispersão na recolha de dados, no sentido de terem sido recolhidos dados de diferentes distritos, pode ter contribuído para estes resultados.

O GDS apresenta neste estudo uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com as benzodiazepinas e uma correlação negativa e pequena com os agonistas adrenérgicos beta nos idosos institucionalizados. O facto do GDS se correlacionar com as benzodiazepinas deve-se ao facto das benzodiazepinas serem o grupo de medicamentos mais utilizado para a ansiedade (Ferreira, 2010), sendo esta comórbida à depressão (Potvin et al., 2013). Assim, é possível verificar que indivíduos que consumam um maior número de benzodiazepinas têm uma maior probabilidade de sofrer de depressão, comparativamente aos indivíduos que não consumam este grupo de medicamentos (Gonçalves, 2019). Desde modo, é frequente a prescrição de antidepressivos aquando a prescrição de benzodiazepinas (Gonçalves, 2019). Apesar de ser bastante comum a prescrição deste grupo de medicamentos, existem algumas advertências para os idosos, uma vez que aquando o consumo de benzodiazepinas, estes podem sentir sonolência excessiva, ou tornar o risco de quedas maior (Fernandes, 2017). Relativamente aos medicamentos do grupo dos agonistas adrenérgicos beta não foram encontrados estudos que relacionem as duas variáveis. Contudo segundo o

INFARMED (2020) este grupo de medicamentos é direcionado para o tratamento de doenças pulmonares onde alguns dos efeitos secundários presentes incluem os problemas de sono. Uma vez que as insónias são um fator que pode levar ao surgimento da depressão (American Psychiatric Association, 2013), poderá ser uma explicação para esta correlação.

As pontuações do GDS e do WHODAS-2 neste estudo apresentaram uma correlação positiva e pequena, ou seja, quanto mais sintomatologia depressiva maior a incapacidade física. Também segundo Ferrer et al. (2019) e Moreira et al. (2015), a incapacidade aumenta com a idade. O aumento da sintomatologia depressiva poderá dever-se à incapacidade da realização de tarefas do quotidiano e ao isolamento social (Moreira et al., 2015). Deste modo, o facto dos idosos apresentarem incapacidades físicas e sociais, compromete a qualidade de vida dos mesmos, levando ao aumento da dependência das suas funções, fator este que conduzirá à depressão (Nóbrega et al., 2015; Oliveira et al., 2020). Ainda assim, as limitações no contexto institucional não são tão problemáticas devido ao maior apoio dos profissionais de saúde o que explicará esta correlação ser pequena.

As pontuações do GDS, da DERS-16 e das respetivas subescalas apresentaram uma correlação positiva, com magnitude entre pequena a moderada. O envelhecimento contribui para a alteração do humor assim como para o aumento da instabilidade emocional (Martins, 2008). Alguns dos fatores que incrementam essa alteração do humor são a perda da independência, o sentimento de perda de valor, a ausência de contacto com os familiares (Martins, 2008), a perda de privacidade (Guimarães et al., 2019), a viuvez (Barakat et al., 2019) e a adaptação a uma nova rotina (Kabátová et al., 2014), aspetos que se verificam especialmente no caso dos idosos institucionalizados.

Por fim e indo de encontro ao objetivo principal do nosso estudo, os sintomas depressivos nos idosos institucionalizados tiveram como preditores o sexo, o conjunto do consumo de fármacos agonistas adrenérgicos-beta, a disfuncionalidade e a desregulação emocional. De acordo com este estudo, a desregulação emocional seguido da disfuncionalidade são os preditores que melhor predizem a sintomatologia depressiva. Relativamente aos fármacos agonistas adrenérgicos-beta existe uma variação em sentido inverso, isto é, quanto maior o consumo desta categoria de fármacos, menor é a sintomatologia depressiva. O estudo de Vaz e Gaspar (2011) corrobora os nossos resultados ao verificar que a variável sexo é preditora da sintomatologia depressiva. Assim como os estudos de Reker (1997) e Silva et al. (2015) vão ao encontro deste estudo ao demonstrar que a incapacidade física/disfuncionalidade são preditores dos sintomas depressivos. Por outro lado, não foi encontrado nenhum estudo que

comprovasse que a desregulação emocional e os fármacos agonistas adrenérgicos-beta eram preditores da depressão em idosos. Relativamente à variável sexo, esta está associada à sintomatologia depressiva, uma vez que existem determinados fatores de risco que têm uma maior manifestação num determinado sexo do que noutro, como ter uma menor escolaridade, menor rendimentos e menor apoio emocional (Vaz & Gaspar, 2011; Zunzunegui et al., 1998). Em relação à disfuncionalidade, esta também prediz os sintomas depressivos, devido ao facto da incapacidade física e social aumentar com a idade (Ferrer et al., 2019; Moreira et al., 2015), o que compromete a independência do idoso e a sua qualidade de vida (Nóbrega et al., 2015; Oliveira et al., 2020).

## **Limitações**

Depois de discutidos os resultados e fundamentados do ponto de vista teórico, existem algumas limitações nesta investigação a considerar. Os valores de confiabilidade de alguns instrumentos e respetivas subescalas estavam acima do recomendado e por isso podiam refletir redundância em vez de homogeneidade. O tamanho reduzido de participantes nalguns subgrupos do grupo institucionalizado de 117 idosos pode ter contribuído para alguns dos resultados, pois não houve poder estatístico suficiente. Em próximos estudos, o tamanho da amostra deve ser superior de forma a corroborar ou não os resultados desta investigação. Para além disto a proporção de idosos por tipo de resposta social deveria ser semelhante à proporção do distrito de Coimbra o que limitará a generalização dos resultados. Devem se realizar futuras investigações em outros distritos com um maior número de sujeitos.

Por outro lado, a seleção da amostra pode ter sofrido vieses de seleção, uma vez que esta não foi escolhida aleatoriamente, pois os participantes aceitaram participar no estudo voluntariamente. Este facto poderá ter algumas implicações quando se realizam afirmações sobre esta população, na qual a confiabilidade da investigação é afetada.

A validade do questionário poderá ser questionada, uma vez que alguns sujeitos apresentam demência, deficiência cognitiva ou problemas de saúde mental, o que por sua vez diminui a sua generalização. Em próximas investigações devem ser utilizadas amostras clínicas para verificar a validade dos questionários.

Em estudos posteriores, seria importante fazer um estudo mediacional, testando o papel mediador da desregulação emocional entre a desabilidade física e os sintomas depressivos.

## Conclusão

O envelhecimento humano engloba frequentemente declínio funcional que se caracteriza pela diminuição no desempenho para a realização de determinadas tarefas (Paredes Moreira et al., 2016). Em fases avançadas da vida humana, muitas vezes surgem alguns problemas de saúde seguidos pela depressão, sendo assim fundamental que se estude e compreenda melhor o envelhecimento, os fatores que desencadeiam esses problemas e a forma de lidar com os fatores e com os problemas, para que o idoso usufrua de uma melhor qualidade de vida (Frade et al., 2015). Esta investigação permitiu estudar os níveis de sintomatologia depressiva numa amostra da população idosa institucionalizada e verificar em que medida a incapacidade física e a desregulação emocional predizem esses sintomas. Também foi possível estudar os correlatos da depressão, incluindo as variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, escolaridade, tempo na instituição, medicação), a incapacidade física e a desregulação emocional.

Constata-se com esta investigação que o sexo foi a única variável sociodemográfica em que existe uma associação com o aumento da sintomatologia depressiva. Esta investigação ajuda a corroborar outros estudos que indicam que o sexo feminino se associa ao aumento de sintomas depressivos. No que diz respeito às variáveis clínicas, o GDS apresenta uma correlação positiva com as benzodiazepinas e uma correlação negativa com os agonistas adrenérgicos-beta. Relativamente às correlações entre instrumentos, o GDS correlacionou-se de forma positiva com todos os instrumentos e respetivas subescalas. Por fim nesta investigação os sintomas depressivos têm como preditores o sexo, o conjunto do consumo de fármacos agonistas adrenérgicos-beta, a disfuncionalidade e a desregulação emocional.

Como a variável dependente deste estudo são os sintomas depressivos, e uma vez que este problema afeta gravemente a população idosa institucionalizada, é importante abordar o seu tratamento. Para haver um tratamento, é necessário que haja um diagnóstico que é feito através de entrevistas clínicas, onde é abordada a história clínica do idoso (envolvendo a avaliação dos fatores analisados neste estudo), assim como através do uso de instrumentos de avaliação (Stella et al., 2002). Por fim, como a disfuncionalidade e a desregulação emocional são variáveis que predizem a sintomatologia depressiva é importante trabalhar na prevenção e no seu reconhecimento.

## Referências

- Almazán-Isla, J., Comín-Comín, M., Damián, J., Alcalde-Cabero, E., Ruiz, C., Franco, E., Martín, G., Larrosa-Montañés, L. A., & de Pedro-Cuesta, J. (2014). Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disability and Health Journal*, 7(1), 78–87. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.08.004>

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5.<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Pub.
- Amieva, H., Le Goff, M., Millet, X., Orgogozo, J. M., Pérès, K., Barberger-Gateau, P., Jacqmin-Gadda, H., & Dartigues, J. F. (2008). Prodromal Alzheimer's disease: Successive emergence of the clinical symptoms. *Annals of Neurology*, 64(5), 492–498. <https://doi.org/10.1002/ana.21509>
- Barakat, M. M., Elattar, N. F., & Zaki, H. N. (2019). Depression, anxiety and loneliness among elderly living in geriatric homes. *American Journal of Nursing Research*, 7(4), 400–411. <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-4-1>
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2007). Escala de depressão geriátrica. Em Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência (Ed.), *Escalas e testes na demência* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 65–67). Novartis.
- Barua, A., & Kar, N. (2010). Screening for depression in elderly Indian population. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 150. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64595>
- Bernardino, A. R. P. (2013). *Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados: Valorizar o envelhecimento*. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2696>
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334–1345. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.019>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2015). Development and Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Chlipala, M. L. (2008). *Longitudinal study of loneliness and depression as predictors of health in mid- to later life* [Tese de mestrado, University of North Texas]. [https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc6124/m2/1/high\\_res\\_d/thesis.pdf](https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc6124/m2/1/high_res_d/thesis.pdf)

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- Cunha, R. V. da, Bastos, G. A. N., & Duca, G. F. D. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346–354. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
- Dhara, D. (2013). Depression and psychological well-being in old age. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 03(03). <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000117>
- Espirito Santo, H. (2019). *Difficulties in Emotion Regulation Scale-16: Versão portuguesa [Unpublished scale]*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Espirito-Santo, H., Falcão, D., Matreno, J., Fermino, S., & Guadalupe, S. (2012). *Envelhecimento e funcionamento cognitivo: O papel da escolaridade e profissão*. [Resumo de póster]. Livro de resumos da 27ª Reunião do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. GEECD. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/67>
- Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 37(2), 209–222. <https://doi.org/10.14417/ap.1549>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fernandes, A. P. H. (2017). *(Poli)medicação e desempenho em testes psicométricos no adulto idoso diagnosticado com depressão* [Tese de mestrado, Faculdade de Farmácia Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/83765>
- Ferreira, C. F. D., & Espirito-Santo, H. (Orientadora). (2018). *Validação da Escala de Depressão Geriátrica numa amostra de idosos institucionalizados da população portuguesa* [Tese de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/931>
- Ferreira, R. I. L. (2010). *Adequação da terapêutica no doente idoso em Portugal* [Faculdade de Farmácia Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/15303>
- Ferrer, M. L. P., Perracini, M. R., Rebustini, F., & Buchalla, C. M. (2019). WHODAS 2.0-BO. *Revista de Saúde Pública*, 53, 19. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000586>

- Figueiredo-Duarte, C., Espirito-Santo, H., Sério, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2019). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging & Mental Health*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: Symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 4), 41–49. <https://doi.org/10.12707/RIV14030>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2020). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos do distrito de Coimbra na área de intervenção com pessoas idosas nas resposta sociais de centro de dia, estrutura residencial para pessoas idosas e serviço de apoio domiciliário*. <https://bit.ly/3hREl9M>
- Goel, P. K., Muzammil, K., Kumar, S., Singh, J. V., & Raghav, S. K. (2014). Socio-demographic correlates of depression among elderly slum dwellers of North India. *Nepal Journal of Epidemiology*, 4(1), 316–322. <https://doi.org/10.3126/nje.v4i1.10133>
- Gonçalves, A. M. S. (2019). *Caracterização e análise do consumo de benzodiazepinas por idosos institucionalizados* [Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde]. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/8759>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, P., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9–10.
- Guimarães, L. de A., Brito, T. A., Pithon, K. R., Jesus, C. S. de, Souto, C. S., Souza, S. J. N., & Santos, T. S. dos. (2019). Sintomas depressivos e fatores associados em idosos



- residentes em instituição de longa permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3275–3282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>
- Harris, T., Cook, D. G., Victor, C., DeWilde, S., & Beighton, C. (2006). Onset and persistence of depression in older people — Results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing*, 35(1), 25–32. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi216>
- Heikkinen, R.-L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(3), 239–250. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2003.10.004>
- INE. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. <https://bit.ly/33641uT>
- INE. (2019). *Tábuas de mortalidade para Portugal*. <https://bit.ly/2ExL4qV>
- INFARMED. (2020). *Medicamentos agonistas adrenérgicos beta-2 seletivos*. <http://m.infarmed.pt/prontuario/Indice.aspx?t=t&c=130>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Portal do INE. Base de dados do Instituto Nacional de Estatística: Distribuição de idosos por faixa etária e por sexo na região centro*. <https://bit.ly/2XpQTgP>
- Kabátová, O., Uríčková, A., & Botíková, A. (2014). Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(3), 105–111. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2014.05.0004>
- Katona, C., Livingston, G., Manela, M., Leek, C., Mullan, E., Orrell, M., D'Ath, P., & Zeitlin, D. (1997). The symptomatology of depression in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology*, 12(Suppl 7), S19–S23. <https://doi.org/10.1097/00004850-199712007-00004>
- Katzung, B. G. (2007). *Basic and clinical pharmacology* (10th ed.). Mcgraw Hill Lange.
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 34, 119–123.
- Menezes-Silva, R., De Oliveira, D. W. D., Biscaro, P. C. B., Orti, N. P., Sá-Pinto, A. C., & Ramos-Jorge, M. L. (2016). Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): Saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos. *Scientia Medica*, 26(1), 21980. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.1.21980>
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(2), 71–76. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>

- Moreira, A., Alvarelhão, J., Silva, A. G., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0: 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 179–182.
- Neves, M., Garcia, I. Q., Espirito-Santo, H., & Lemos, L. (2018). Validação da versão portuguesa de Spiritual Well-Being Questionnaire em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 34–42. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.70>
- Nóbrega, I. R. A. P. da, Leal, M. C. C., Marques, A. P. de O., & Vieira, J. de C. M. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: Revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 39(105), 536–550. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>
- Nunes de Melo, M., Madureira, B., Nunes Ferreira, A. P., Mendes, Z., da Costa Miranda, A., & Martins, A. P. (2006). Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharmacy World & Science*, 28(1), 19–25. <https://doi.org/10.1007/s11096-005-2222-y>
- Oliveira, A. C. A. de, Perina, K. C. B., & Machado, P. M. M. (2020). Avaliação da capacidade funcional e prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 52, e3473–e3473. <https://doi.org/10.25248/reas.e3473.2020>
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (6.). McGraw Hill Education.
- Panday, R., & Kumar, P. (2017). Quality of life among elderly living in old age home: A brief overview. *Delhi Psychiatry Journal*, 20(2), 1–6.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918–923. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
- Paredes Moreira, S. A., Almeida Nogueira, J., Silva, L. M., Tura Rangel, L. F., Peixoto Rodrigues, T., Costa Feitosa Alves, M. do S., Pinto Marques, M. D. C., Lima Alves, K., Gomes de Lima, L. B., & Oliveira Silva, A. (2016). Health problems of institutionalized elderly. *International Archives of Medicine*, 9(59), 1–7. <https://doi.org/10.3823/1930>
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223–236. <https://doi.org/10.1080/073171110802678680>

- PORDATA. (2020). *PORDATA - População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado*. <https://bit.ly/33kvnhh>
- Potvin, O., Bergua, V., Swendsen, J., Meillon, C., Tzourio, C., Ritchie, K., Dartigues, J.-F., & Amieva, H. (2013). Anxiety and 10-year risk of incident and recurrent depressive symptomatology in older adults: Anxiety and risk of depressive symptomatology. *Depression and Anxiety*, 30(6), 554–563. <https://doi.org/10.1002/da.22101>
- Reker, G. T. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. *The Gerontologist*, 37(6), 709–716. <https://doi.org/10.1093/geront/37.6.709>
- Rosa, M. A. F. (2011). *O circuito do medicamento nos lares de idosos* [Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior]. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1018>
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Screening and diagnosis of cognitive decline, using new normative data. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240–248. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Santiago, L. M., & Mattos, I. E. (2014). Depressive symptoms in institutionalized older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 216–224. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004965>
- Sarin, K., P. P., Sethi, S., & Nagar, I. (2016). Depression and hopelessness in institutionalized elderly: A societal concern. *Open Journal of Depression*, 05(03), 21–27. <https://doi.org/10.4236/ojd.2016.53003>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Sequeira, A., & Nunes da Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3), 505–516. <https://doi.org/10.14417/ap.336>
- Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 125–134. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>

- Shahboulaghi, M. F. M., Moghaddam, A. G., Khoshnou, H., Karbalaee, Z., & Mohammadi, M. (2017). Mental health in the elderly and its predictive factors. *Middle East Journal of Family Medicine*, 313–320. <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93181>
- Silva, J. K. S. da, Albuquerque, M. C. dos S., Souza, E. M. S. de, Monteiro, F. S., & Esteves, G. G. L. (2015). Sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos institucionalizados. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 19(41), 157–167. <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.41.18>
- Silva, E. R. e, Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: Subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1387–1393. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015>
- Singh, R. (2018). Significance of physical health for psychological well-being of elderly. *The Anthropologist*, 31(1–3), 62–68. <https://doi.org/10.31901/24566802.2018/31.1-3.1987>
- Smith, G., & Rush, B. K. (2006). Normal aging and mild cognitive impairment. Em *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention* (In D. K. Attix & K. A. Welsh-Bohmer (Eds.), pp. 27–55). Guilford Publications.
- Sousa, R. D. de, Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, 4, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). *Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física*. 8(3), 91–98.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\\_18](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18)
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção* [Faculdade Psicologia Universidade de Lisboa]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460\\_tm\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf)
- Templeton, G. (2011). A two-step approach for transforming continuous variables to normal: Implications and recommendations for IS research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28(1). <https://doi.org/10.17705/1CAIS.02804>

- Vaz, S., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 4), 49–58. <https://doi.org/10.12707/RIII1124>
- Veiga, B., Pereira, R. A. B., Pereira, A. M. V. B., Nickel, R. (2016). Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1015–1021. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150053>
- Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. da, Costa, M., Martins, S., Torres-Pena, I., Pascoal, V., Rodrigues, F., Pinto, A., Moitinho, S., Guadalupe, S., Vicente, H. T., & Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 308–316. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000039>
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- WHO. (2013). *How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO. <https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>
- World Health Organization (Ed.). (2010). *Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. WHO Press.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zunzunegui, M. V., Béland, F., Llacer, A., & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(5), 195–205. <https://doi.org/10.1007/s001270050043>